

INSTRUMENTO PARA EL NIVEL OPERATIVO

INFORMACIÓN GENERAL	
Fecha de la entrevista: ____/____/____	Nombre de la persona que realizó la entrevista: _____
Departamento/Provincia: _____	Municipio/Distrito: _____
Establecimiento de salud: _____	Tipo de establecimiento: _____
Horario de funcionamiento del establecimiento: _____	Días: _____ Área: Urbana ____ Rural ____
Horario de vacunación en el establecimiento: _____	Días: _____
Población de menores de 1 año: _____	Población de 1 año: _____ Población de mujeres embarazadas: _____
Población total del área de salud: _____	

Personal que participa en las actividades del PAI. Incluir si existen brigadas y número de recursos humanos (brigadistas):

PROFESIÓN	FUNCIONES EN EL PAI	TIEMPO EN EL CARGO	FUNCIÓN FIJA O ROTATIVA EN EL PAI	OTRAS FUNCIONES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

COMPONENTES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	RESPUESTA			OBSERVACIONES - COMENTARIOS
		Sí	No	NA	
I. PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN	Verificar	1.1	¿Cuenta con una microprogramación que incluya metas, actividades, cronograma y presupuesto?		
	Preguntar	1.2	¿La población meta asignada refleja la realidad del área?		Si no, ¿por qué?
	Verificar	1.3	Dispone de los siguientes lineamientos o manuales:		
	Verificar	1.3.1	Vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV)		
	Verificar	1.3.2	Nuevas vacunas		
	Verificar	1.3.3	Normas técnicas del PAI		
	Preguntar	1.4	¿Hubo problemas con la introducción de nuevas vacunas?		Si hubo problemas, ¿en qué componentes?
	Verificar	1.4.1	Capacitación		
	Verificar	1.4.2	Cadena de frío		
	Verificar	1.4.3	Logística		
	Verificar	1.4.4	Administración de la vacuna		
	Verificar	1.4.5	Sistema de información		
	Verificar	1.4.6	Movilización y comunicación social		
	Verificar	1.4.7	Otros		Especifique.
Verificar	1.5	¿Cuenta con algún registro (listado o croquis) de las comunidades de su área de salud?			

INSTRUMENTO PARA EL NIVEL OPERATIVO (CONTINUADO)

COMPONENTES		CRITERIOS DE EVALUACIÓN	RESPUESTA			OBSERVACIONES - COMENTARIOS
			Sí	No	NA	
I. PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN	Preguntar	1.6 ¿Qué criterios aplica para identificar las áreas de riesgo?				
		1.6.1 Cobertura de vacunación				
		1.6.2 Áreas marginales, de hacinamiento o de difícil acceso				
		1.6.3 Poblaciones migrantes				
		1.6.4 Reporte de casos y brotes				
		1.6.5 Otros				Especifique.
	Verificar	1.7 ¿Cuenta con una estimación de las necesidades de vacunas, jeringas e insumos para la vacunación en el área de salud?				
Preguntar	1.8 ¿Tiene asignados recursos para garantizar las actividades programadas (transporte, combustible, viáticos, papelería, etc.)?				Especifique.	
Preguntar	1.9 ¿Ha influido el proceso de descentralización/sectorización de alguna forma (positiva o negativa) en la gestión del programa de inmunizaciones?					
II. ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN	Observar	2.1 ¿Cuenta con un espacio físico adecuado (exclusivo, limpio, ordenado, con lavamanos) para las actividades de vacunación?				Se considera adecuado si comparte con control de crecimiento y desarrollo.
	Observar	2.2 ¿Pueden los usuarios identificar fácilmente el servicio de vacunación?				
	Preguntar	2.3 ¿Con qué instituciones establece coordinación?				Solicite ejemplos en cada caso y anote según corresponda.
		2.3.1 Organizaciones y líderes comunitarios				
		2.3.2 Ministerio de Educación				
		2.3.3 Seguridad social				
		2.3.4 Sector privado				
		2.3.5 Iglesia				
		2.3.6 Policía, ejército				
		2.3.7 Otros				Especifique.
	Preguntar	2.4 ¿Qué tipo de actividades se coordinan con otras instituciones?				
2.4.1 Vacunación						
2.4.2 Vigilancia epidemiológica						
2.4.3 Capacitación						
2.4.4 Comunicación y movilización social						
	2.4.5 Otros					
III. CAPACITACIÓN	Preguntar	3.1 ¿Cuando fue la última vez que recibió capacitación en actividades del programa de inmunización?				
	Preguntar	3.2 ¿Cuáles fueron los temas abordados?				
		3.2.1 Planificación y programación				
		3.2.2 Cadena de frío				
		3.2.3 Vacunación segura				
		3.2.4 Sistema de información				
		3.2.5 Investigación y manejo de ESAVI				
		3.2.6 Vigilancia epidemiológica				
		3.2.7 Monitoreo de coberturas				
		3.2.8 Introducción de nuevas vacunas				Especifique la vacuna.
	3.2.9 Otros				Especifique.	
Evaluar	3.3 Evalúe si el entrevistado conoce el esquema de vacunación del país.					

INSTRUMENTO PARA EL NIVEL OPERATIVO (CONTINUADO)

COMPONENTES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	RESPUESTA			OBSERVACIONES - COMENTARIOS		
		Sí	No	NA			
III. CAPACITACIÓN	Evaluar	3.4	Evalúe si el entrevistado conoce el concepto de tasa de deserción o abandono.				Solicite que explique tasa de deserción para Penta1/Penta3 y evalúe si está correcta o no.
	Evaluar	3.5	Evalúe si el entrevistado conoce el manejo de los siguientes casos.				
		3.5.1	En un niño de 7 meses con una dosis de BCG, una de penta y una de OPV, las dosis de penta y OPV fueron administradas hace cinco semanas, ¿qué vacuna le aplicaría?				La respuesta correcta es "la segunda dosis de Penta y OPV". Se deben tener en cuenta las otras vacunas del esquema de vacunación del país evaluado.
		3.5.2	A un niño de 15 meses sin ninguna vacuna aplicada, ¿qué vacunas le aplicaría?				La respuesta correcta es "BCG, Penta, OPV y SPR". Se debe considerar que en algunos países no aplican BCG después del año de edad y verifique la recomendación del país para la vacunación contra fiebre amarilla y neumococo.
IV. SUMINISTRO DE VACUNAS, JERINGAS E INSUMOS	Verificar	4.1	¿Cuenta con un sistema actualizado de inventario para movimiento de biológicos?				
		4.2	¿Cuenta con un sistema actualizado de inventario para movimiento de jeringas e insumos?				
	Verificar	4.3	¿El inventario está correctamente llenado (número de dosis, fecha de llegada y salida, número de lote, tipo de jeringa, fecha de caducidad, proveedor)?				
	Verificar	4.4	¿Cuenta con formulario de solicitud de insumos para la vacunación?				
	Verificar	4.5	¿Cuenta con inventario (stock) adecuado y suficiente de vacunas, jeringas y cajas de seguridad?				
	Verificar	4.6	¿Hace algún control para verificar la pérdida de dosis de vacunas?				Verifique.
	Verificar	4.7	¿Hace seguimiento de las dosis entregadas para actividades extramurales u otras instituciones (número de dosis entregadas, aplicadas y regresadas)?				Verifique con el inventario de movimiento de productos biológicos.
	Observar	4.8	¿Las jeringas NO utilizadas están correctamente almacenadas (en cajas cerradas, resguardadas del sol y la humedad, etc.)?				
V. RED CADENA DE FRÍO	Preguntar	5.1	¿Cuenta con un refrigerador destinado al almacenamiento de vacunas?				Si la respuesta es no, pase a la pregunta 5.4.
	Observar	5.2	¿El refrigerador está correctamente instalado (15 a 20 cm de distancia de la pared, nivelado, libre a los lados y por encima, no expuesto al sol)?				
	Observar	5.3	¿Están las vacunas correctamente dispuestas en su interior (en bandejas y en el nivel correspondiente), según las normas del país y, además, las botellas con agua y tapadas según la capacidad?				
	Verificar	5.4	¿Están todas las vacunas y diluyentes correctamente etiquetados?				
	Verificar	5.5	¿Está anotada la fecha de apertura de los frascos abiertos?				
	Verificar	5.6	¿Hay vacunas vencidas al momento de la visita?				Examine de manera aleatoria algunos frascos de vacuna.
	Observar	5.7	¿Hay en el refrigerador algo más además de las vacunas del PAI ?				Especifique.
	Verificar	5.8	¿Cuenta con hoja de control diario de temperatura, visible y actualizada?				
	Observar	5.9	¿El refrigerador de vacunas funciona adecuadamente? Verifique la ubicación y temperatura del termómetro interno, el sello de la puerta y la presencia excesiva de escarcha.				Si no funciona adecuadamente, preguntar desde cuándo presenta desperfectos.
	Verificar	5.10	¿Cuenta con un plan de emergencia escrito, visible y con responsables asignados para el mantenimiento de la cadena de frío?				

INSTRUMENTO PARA EL NIVEL OPERATIVO (CONTINUADO)

COMPONENTES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	RESPUESTA			OBSERVACIONES - COMENTARIOS			
		Sí	No	NA				
V. RED CADENA DE FRÍO	Verificar	5.11	¿Cuenta con cajas térmicas, termos y paquetes fríos suficientes y en buen estado para las actividades de vacunación?					
	Observar	5.12	¿El termo de vacunación está correctamente preparado (paquetes fríos adecuados, sin escarcha, frascos de vacunas protegidos del contacto con el agua)?					
	Preguntar	5.13	¿Se desecharon vacunas este año debido a fallas en el manejo o debido a la interrupción del suministro eléctrico de equipo de refrigeración?					
	Preguntar	5.14	¿Sabe qué vacunas se dañan al congelarse?					
VI. VACUNACIÓN SEGURA	Preguntar	6.1	¿Cuáles son las contraindicaciones de la vacunación con BCG?				Es correcta si responde: niños con peso menor de 2.500 g y niños con sospecha o confirmación de infección por VIH.	
	Preguntar	6.2	¿Debe recibir la vacuna contra el rotavirus un niño que tenga antecedente de invaginación intestinal?					
	Observar	6.3	¿Cumple con las normas de inyección segura (sitio, vía y técnica adecuada de administración de cada vacuna)?				Si no hay actividad de vacunación al momento de la entrevista, solicite que describa el porqué.	
	Observar	6.4	¿Desecha correctamente las jeringas utilizadas (no retapa las agujas, no separa la aguja de la jeringa y la desecha inmediatamente en recipiente adecuado)?				Verifique en la caja de desecho.	
	Preguntar	6.5	¿Ha habido algún pinchazo accidental?				Si lo hubo, explique que hizo al respecto.	
	Observar	6.6	¿Qué contenedores utiliza para eliminar las jeringas y agujas usadas?				Verifique si los utiliza de la manera adecuada.	
			6.6.1	Cajas de seguridad				
			6.6.2	Envases plásticos				
			6.6.3	Otros				Especifique.
	Preguntar	6.7	¿Qué métodos utiliza para la disposición final de las jeringas y agujas usadas?				Marque según corresponda.	
			6.7.1	Las incinera.				
			6.7.2	Las recoge una empresa de desechos biológicos.				
			6.7.3	Las quema.				
			6.7.4	Las entierra.				
			6.7.5	Las recoge el basurero municipal.				
			6.7.6	Otro				Especifique.
Preguntar	6.8	¿Sabe cuánto tiempo se pueden utilizar los frascos abiertos de vacunas multidosas en el establecimiento de salud?				Vacunas que se desechan en 6 horas (lío-filizadas). Vacunas que se desechan en 4 semanas (líquidas que contienen preservante).		
Preguntar	6.9	¿Conoce la política de frascos abiertos de las vacunas utilizadas en vacunación extramural?				Pregunte qué hacen con los frascos abiertos en terreno.		
Observar	6.10	¿Explica a los padres las posibles reacciones a las vacunas? Escuche las indicaciones que brinda al vacunar a un menor.				Si no vacuna durante la entrevista, pregunte sobre las orientaciones que brinda al aplicar BCG y Penta, y evalúe la respuesta.		
Verificar	6.11	¿Cuenta con formulario para la notificación de los ESAVI?						
Preguntar	6.12	¿Conoce el procedimiento de notificación de los ESAVI (qué y a quién notifica)?				Solicite que explique y evalúe la respuesta.		
Preguntar	6.13	Si usted notificó un ESAVI este año, ¿recibió retroalimentación?				Especifique el número de casos.		

INSTRUMENTO PARA EL NIVEL OPERATIVO (CONTINUADO)

COMPONENTES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	RESPUESTA			OBSERVACIONES - COMENTARIOS	
		Sí	No	NA		
Preguntar	6.14 ¿Cuántos de los ESAVI notificados fueron clasificados como errores programáticos?					
Verificar	6.15 ¿Qué vacunas ha recibido usted como trabajador de la salud?				Solicite el carné de vacunación y revise el esquema.	
VII. EJECUCIÓN	Preguntar	7.1 ¿Hay alguna vacuna que no se aplica diariamente en el establecimiento de salud?				Especifique el motivo y la vacuna.
	Preguntar	7.2 ¿Qué estrategias se ponen en práctica para prestar los servicios de vacunación?				
		7.2.1 Institucional (en el servicio de salud)				
		7.2.2 Casa a casa				
		7.2.3 Canalización				
		7.2.4 Puestos fijos o móviles (extramural)				
		7.2.5 Otros				Especifique.
	Verificar	7.3 ¿Cumple con el cronograma de salida para vacunación?				Si no, ¿por qué?
	Preguntar	7.4 ¿Las nuevas vacunas son administradas en actividades extramurales?				Si no, ¿por qué?
	Preguntar	7.5 ¿Se ha interrumpido la administración de alguna vacuna durante este año?				¿Qué vacuna, por qué y con qué frecuencia?
Preguntar	7.6 ¿Cuenta con alguna estrategia de seguimiento para las personas que abandonan el esquema de vacunación?				Especifique.	
VIII. SISTEMA DE INFORMACIÓN	Verificar	8.1 ¿Existe un registro nominal de la historia de vacunación de niños?				Consulte el sistema oficial del país.
	Verificar	8.2 ¿Existe disponibilidad de registros diarios ?				Consulte los registros oficiales del país.
	Verificar	8.3 ¿Existe disponibilidad de consolidados de vacunación ?				
	Verificar	8.4 ¿Están llenados correctamente estos registros?				Si existe algún problema, especifique si es en el registro o en el consolidado.
	Verificar	8.5 ¿Están llenados correctamente estos consolidados de vacunación?				
	Verificar	8.6 ¿Registan la información por lugar de residencia del usuario?				Consulte los registros oficiales del país.
	Verificar	8.7 ¿Cuenta con un sistema de archivo de los registros diarios y consolidados de vacunación?				
	Verificar	8.8 Cuando administra una vacuna, ¿la registra en todos los instrumentos del sistema de información (carné, formulario diario, libros de seguimiento, tarjetero índice, etc.)?				
	Verificar	8.9 ¿Existe suficiente disponibilidad de carnés, formularios diarios, libros de seguimiento, tarjetero índice, etc.?				Especifique.
	Preguntar	8.10 ¿Cumple con el flujo y el cronograma de reporte al nivel superior?				
IX. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	Verificar	9.1 Este establecimiento, ¿es una unidad que realiza notificación semanal negativa?				Si no lo es, pase a la pregunta 9.3.
	Preguntar	9.2 ¿Recibe notificación semanal de EPV de otros prestadores (seguridad social, privados, otros)?				
	Preguntar	9.3 ¿Cuenta con medios de comunicación para la notificación de EPV (radio, teléfono, celular, fax, propios o en la comunidad como comisarías, escuelas, etc.)?				
	Preguntar	9.4 ¿Puede describir correctamente las definiciones de casos sospechosos de:				
		9.4.1 Sarampión/rubéola?				
	9.4.2 Parálisis flácida aguda?					

INSTRUMENTO PARA EL NIVEL OPERATIVO (CONTINUADO)

COMPONENTES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	RESPUESTA			OBSERVACIONES - COMENTARIOS
		Sí	No	NA	
IX. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	9.4.3 Tétanos neonatal?				
	Preguntar 9.5 ¿Realiza búsqueda activa institucional de casos de EPV?				Seleccione algunos servicios de referencia y realice control de calidad con los diagnósticos de los últimos 30 días.
	Preguntar 9.6 ¿Realiza búsqueda activa comunitaria de casos de EPV?				
	Preguntar 9.7 Si hace búsqueda activa, ¿en qué casos la realiza?				
	9.7.1 De rutina				
	9.7.2 Investigación de casos sospechosos				
	9.7.3 Investigación de brotes				
	9.7.4 Otra				
	Verificar 9.8 ¿Cuenta con fichas de investigación de EPV?				
	9.8.1 Sarampión/rubéola				
	9.8.2 Parálisis flácida aguda				
	9.8.3 Tétanos neonatal				
	9.8.4 Tétanos en otras edades				
	9.8.5 Difteria				
	9.8.6 Tos ferina				
	9.8.7 Otras				Especifique.
	Preguntar 9.9 ¿Existe personal de salud capacitado para la toma de muestra de sangre, heces y otras EPV en este establecimiento?				
	Verificar 9.10 ¿Cuenta con frascos suficientes para las tomas de muestras de sangre, heces y transporte viral?				Si falta alguno, especifique cuál.
	Preguntar 9.11 ¿Cuenta con recursos asegurados para el envío de muestras?				Si no cuenta con ellos, explique cómo las envía.
	Preguntar 9.12 ¿Conoce el procedimiento para el envío de muestras de parálisis flácida aguda y sarampión/rubéola?				
	Verificar 9.13 ¿Ha notificado algún caso sospechoso de EPV este año?				Especifique.
	Preguntar 9.14 ¿Qué medidas de prevención y control aplica para los casos sospechosos de EPV?				Indique cuántas medidas mencionó correctamente.
	9.14.1 Notificación inmediata dentro de las primeras 24 horas				
	9.14.2 Llenado de la ficha de investigación epidemiológica				
	9.14.3 Visita domiciliaria dentro de las primeras 48 horas				
	9.14.4 Búsqueda activa de casos, institucional y comunitaria				
	9.14.5 Toma y envío de muestras				
9.14.6 Identificación y censo de contactos					
9.14.7 Seguimiento de contactos					
9.14.8 Vacunación de vulnerables					
9.14.9 Monitoreo rápido de coberturas (MRC)					
Preguntar 9.15 ¿Recibe informes o boletines con la información consolidada sobre vigilancia de EPV?				Indique la periodicidad.	
X. MONITOREO	Observar 10.1 ¿Cuenta con un gráfico actualizado de monitoreo de coberturas?				
	Verificar 10.2 ¿Cómo monitorea el cumplimiento de las metas del programa?				
	10.2.1 Cobertura de vacunación				
	10.2.2 Acceso (coberturas de Penta1)				
	10.2.3 Tasa de deserción o de abandono				
10.2.4 Otro				Especifique.	

INSTRUMENTO PARA EL NIVEL OPERATIVO (CONTINUADO)

COMPONENTES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	RESPUESTA			OBSERVACIONES - COMENTARIOS		
		Sí	No	NA			
X. MONITOREO	Preguntar	10.3	¿Participa usted en reuniones periódicas de evaluación del PAI?				Especifique.
	Preguntar	10.4	Evalúe si el entrevistado conoce la metodología de MRC.				Solicite que le explique la metodología y evalúela.
	Verificar	10.5	¿Cuenta con formularios estandarizados para la evaluación rápida de coberturas?				
	Preguntar	10.6	¿En qué situaciones se hace monitoreo rápido de coberturas?				Rutina, campaña o investigación de casos
XI. SUPERVISIÓN	Preguntar	11.1	¿Con qué frecuencia recibe visitas de supervisión del nivel superior?				
	Verificar	11.2	¿Recibió recomendaciones escritas?				Solicite las recomendaciones y verifíquelas.
	Verificar	11.3	¿Puso en práctica las recomendaciones?				Solicitar las recomendaciones y verifíquelas.
XII. COMUNICACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL	Preguntar	12.1	¿Qué tipo de actividades de información, educación y comunicación se lleva a cabo?				
		12.1.1	Charlas educativas				
		12.1.2	Perifoneo				
		12.1.3	Entrevistas o notas en radio/televisión				
		12.1.4	Carteles, afiches				
		12.1.5	Ferias de salud				
		12.1.6	Actividades en las escuelas				
		12.1.7	Otros				Especifique.
Preguntar	12.3	¿Cómo participa la comunidad en las actividades del programa de inmunización?				Especifique.	
XIII. EVALUACIÓN	Verificar	13.1	¿Con qué vacunas se alcanzaron coberturas iguales o mayores de 95 % en el año anterior?				
		13.1.1	Penta 3				Registre la cobertura alcanzada.
		13.1.2	SRP				Registre la cobertura alcanzada.
		13.1.3	Rotavirus 2 o rotavirus 3				Según el esquema del país.
	Preguntar	13.2	¿Considera que las coberturas alcanzadas reflejan la situación real de su área de responsabilidad?				Explique por qué.
	Preguntar	13.3	¿Cuándo fue la última vez que participó en evaluaciones de inmunización a nivel nacional, provincial, departamental o municipal?				Indique la periodicidad.
	Preguntar	13.4	¿Se han implementado cambios o mejoras como consecuencia de las evaluaciones?				Explique cuáles.

